

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ КОМПЛЕКСУ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ЖІНОК З АЛОПЕЦІЄЮ

Одеський національний медичний університет імені І. І. Мечникова

Розглянуто питання пошуку дієвих методів терапії для пацієнток із алопецією. Зазначено, що розуміння механізмів реагування на терапію і хворобу може підвищити ефективність лікування, сприяти вибору адекватної системи медико-психологічної допомоги таким хворим. Подано аналіз впровадження авторського комплексного методу психосоціального супроводу жінок з алопецією, оцінено його ефективність та доцільність використання.

Ключові слова: алопеція, психосоціальний супровід, дезадаптивні характеристики, психокорекційний вплив.

Спосіб лікування психосоматичних захворювань безпосередньо залежить від причин їх виникнення, а саме — правильного їх визначення, від самої людини, її бажання бути здоровою, а також від рівня професіоналізму спеціалістів [1–4]. Лікування таких захворювань є досить складним процесом, який передбачає насамперед взаємодію фахівців різних галузей медицини: психологів, психотерапевтів та вузьких спеціалістів (трихологів, дерматовенерологів, гастроентерологів та ін.) [5, 6].

Алопеція — патологічне випадіння волосся, що призводить до їх порідіння або повного зникнення на певних ділянках шкіри голови чи тулуба. Очевидно, що при алопеції, предиктором виникнення якої є психогенний фактор, головною умовою успішного лікування є набуття внутрішнього спокою і гармонії, що досягається боротьбою зі стресом. Починають терапію з того, що обов'язково виявляють причини появи стресової ситуації [7, 8].

За емоційної перевтоми та хронічної втоми необхідно розпочати психокорекційну роботу якомога раніше, оскільки наслідки захворювання можуть ускладнюватись [9, 10]. У разі зниженої стресостійкості, наявності певних психологічних проблем, що спричинили розвиток алопеції, необхідно надати саме психологічну допомогу, а не виключно терапію, спрямовану на покращання фізичного стану. Під час роботи із хворим на алопецію слід урахувати, що волосся починає випадати не відразу, а лише через 2–3 міс після перенесеного стресу або психологічних проблем [11].

Мета даної роботи — вивчення психоемоційних, особистісних, соціально-психологічних особливостей жінок з алопецією, розробка заходів їх психосоціального супроводу.

За умови інформованої згоди пацієнток на базі клініки Одеського національного медичного уні-

верситету було обстежено 114 жінок із діагнозом алопеція, які сформували основну групу (ОГ) дослідження. Для контрольної групи (КГ) було відібрано 62 умовно здорові жінки відповідного віку.

У процесі дослідження використано комплекс методів: теоретичний (теоретико-методологічний аналіз проблеми, систематизація даних літературних джерел, їх порівняння та узагальнення), соціально-демографічний, клініко-психопатологічний (спостереження, структуроване інтерв'ю), психодіагностичний (психологічне тестування), статистичний.

Для вивчення стану психоемоційної сфери пацієнток, які страждали на алопецію, використано такі психодіагностичні тестові методики: госпітальну шкалу тривоги та депресії (HARS/HADS), опитувальник Басса — Дарки, експрес-діагностику К. Хека — Х. Хесса, призначену для визначення ймовірності невроту в обстежених (за її допомогою розрізняють три форми невротів: неврастенію, істерію (істеричний неврот) і неврот нав'язливих станів), особистісні особливості вивчалися за допомогою Фрайбурзького опитувальника; наявність ірраціональних установок — тесту А. Елліса. Рівень самооцінки хворих на псоріаз визначали із застосуванням методики «Особистісний диференціал».

Для дослідження психосоціальних особливостей використовували методику діагностики рівня соціальної фрустрованості Л. І. Вассермана (модифікація В. В. Бойка), тест соціально-психологічної адаптації К. Роджерса — Р. Даймонда.

Якість життя пацієнтів оцінювалася за результатами опитувальника SF-36 (The Short Form-36), який дав змогу встановити загальний рівень благополуччя і ступінь задоволеності тими сферами життєдіяльності людини, на які впливає стан її здоров'я.

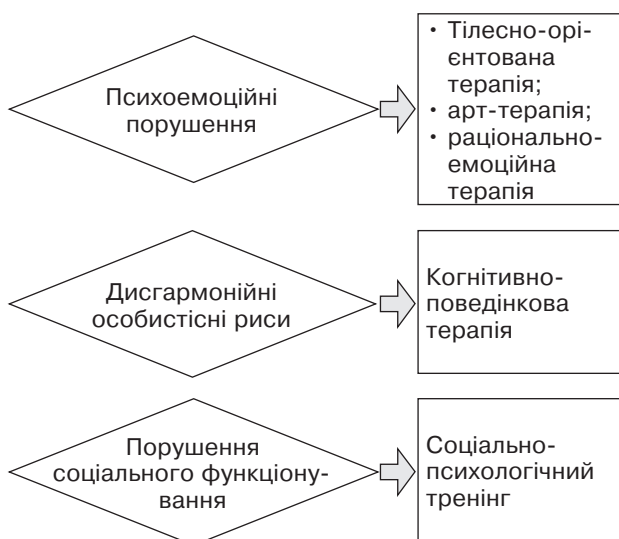
Ми розглядали наявність психоемоційної дезадаптації (високий рівень невротизації, агре-

сивності та ворожості, тривоги, депресії) як похідні, спричинені «викривленням» особистісних характеристик (зниження самооцінки, емоційна лабільність, невротичність, наявність ірраціональних настанов), що обумовили зрив адаптаційних механізмів. Це підсилювалося ще й впливом ризиків на рівні соціального функціонування (незадоволеністю відносинами з чоловіком, колегами та адміністрацією, неможливістю добре проводити дозвілля та відпустку, зниженням загальної соціально-психологічної адаптації та якості життя).

Клініко-психологічне дослідження дало змогу визначити дезадаптивні характеристики, які були притаманні жінкам з алопецією та виявлялися на психоемоційному та особистісному рівнях, а також у сфері соціального функціонування. На психоемоційному рівні про найбільший негативний вплив на адаптивні механізми особистості свідчили високі показники невротизації (85,51%) та ворожості (84,06%). На особистісному рівні 10,00% пацієнток мали ірраціональні настанови щодо власної хвороби, її наслідків, прогнозу, лікування, а також дезадаптивні когніції щодо своєї особистості, потенціалу та можливості активно впливати на власний стан та змінювати поточну ситуацію. На рівні соціального функціонування 100,00% жінок з алопецією відзначали зниження загальної соціально-психологічної адаптації та якості життя, що було обумовлено не об'єктивною ситуацією, пов'язаною із фактором захворювання, а суб'єктивним ставленням до себе, хвороби та оточуючого середовища.

Визначено дезадаптивні характеристики, що стали мішенями психокорекційної роботи (рисунок).

Мішенями психотерапевтичного втручання були: когнітивна модальність (активація особис-



Мішені та методи психокорекційного впливу

тисних ресурсів пацієнтки); модальність відчуттів (вироблення навичок управління клінічними симптомами та емоційним реагуванням із приєднанням до позитивних відчуттів); поведінкова модальність (апробація і закріплення адаптивної поведінки); модальність міжособистісних відносин (ресурсна проробка конфліктних і стресогенних ситуацій, пов'язаних із стосунками пацієнтки з найближчим оточенням).

На початковому етапі психологічного консультування відбувалося встановлення контакту з пацієнткою, виявлення її очікувань та укладання психотерапевтичного контракту. Визначався бажаний результат психотерапії, який формулювався як запит клієнта.

Наступний етап консультування був орієнтований на вирішення проблеми. Завданням психолога була зміна та розширення уявлення клієнта про себе і про інших, допомога у пошуку альтернативних варіантів розв'язання проблеми. На цьому етапі, з одного боку, аналізувалися неконструктивні патерни поведінки, ірраціональні настанови, що призвели до життєвих труднощів; з іншого — розглядалися можливі варіанти подолання цих труднощів.

На етапі активного втручання за допомогою когнітивно-поведінкової терапії з елементами раціонально-емотивної терапії відбувався психокорекційний вплив на визначені дезадаптивні патопсихологічні патерни поведінки та ірраціональні настанови з метою змінити і закріпити адаптивні копінги.

Проведені заходи когнітивно-поведінкової психотерапії охоплювали широке коло питань щодо регуляції вегетативних проявів і емоцій, невротичних конфліктів особистості, психосоматичних співвідношень, ідеомоторних та ідеосенсорних реакцій. Це дало змогу хворим з алопецією розширити уявлення про хворобу і способи лікування; розвинути і поглибити позитивний психотерапевтичний контакт; мобілізувати захисні ресурси особистості й мотивовано оволодіти необхідними психогігієнічними і психопрофілактичними знаннями і навичками. У процесі надання психокорекційної допомоги також використовували деякі технології арт-терапії, зокрема, проективний малюнок.

Ефективність проведеного психокорекційного комплексу було оцінено шляхом порівняння змін, які відбулися у пацієнток ОГ та КГ до і після терапії. На цьому етапі було повторно застосовано психодіагностичні методики, які використовувались на початковому етапі дослідження.

Ефективність заходів психосоціального супроводу було доведено завдяки впровадженню ретестування обстежених жінок ОГ та КГ на після-терапевтичному етапі (таблиця).

Ефективність заходів психосоціального супроводу (середній бал)

Критерії оцінки		ОГ, n = 76	КГ, n = 62	Критерії оцінки		ОГ, n = 76	КГ, n = 62
<i>Психоемоційний рівень</i>				<i>Рівень соціального функціонування</i>			
Невротичність	до	8,6	8,1	Рівень задоволення	до	2,6	2,6
	після	2,5**	5,2*	стосунками з колегами	після	1,8**	2,4*
Індекс ворожості	до	91,4	86,7	Рівень задоволення	до	3,4	3,3
	після	51,5**	73,2*	відносинами з чоловіком	після	2,4**	3,1*
Індекс агресивності	до	62,0	63,1	Рівень задоволення відно-	до	2,8	2,8
	після	38,5**	53,8*	синами з дитиною (дітьми)	після	2,0**	2,7*
Депресивність	до	5,3	5,6	Рівень задоволення	до	2,6	2,7
	після	1,0**	2,6*	відносинами з друзями, знайомими	після	1,9**	2,5*
Тривожність	до	6,2	6,3	Рівень задоволення своїм	до	2,7	2,7
	після	2,4**	5,1*	способом життя в цілому	після	1,6**	2,3*
<i>Особистісний рівень</i>				Адаптація	до	21,4	21,6
Роздратованість	до	8,6	8,8	після	35,4	24,8	
	після	2,9**	6,4*	Самоприйняття	до	24,0	23,8
Комунікабельність	до	2,4	2,5	після	37,5	26,3	
	після	3,9**	3,0*	Прийняття інших	до	24,6	24,4
Врівноваженість	до	2,1	2,2	після	33,9	26,7	
	після	4,1**	2,8*	Емоційний комфорт	до	17,7	17,8
Емоційна лабільність	до	7,8	8,3	після	30,5	20,1	
	після	3,7**	6,6*	Фізичне функціонування	до	72,1	72,7
Ірраціональна настанова обвинувачення себе	до	12,7	12,9	після	80,9**	75,1*	
	після	23,1	14,2	Загальне здоров'я	до	67,5	68,9
Іраціональна настанова обвинувачення інших	до	13,2	13,4	після	85,3**	70,4*	
	після	21,2	15,4	Життєздатність	до	66,2	67,2
Іраціональна настанова самооцінки та раціональ- ності мислення	до	14,8	14,9	після	83,6**	70,8*	
	після	23,8	17,6	Соціальне функціонування	до	58,1	58,9
				після	82,4**	62,9*	
				Психічне здоров'я	до	75,9	74,7
				після	91,2**	78,1*	

* Різниця між групами є достовірною, $p \leq 0,05$;

** різниця між показниками до/після є достовірною, $p \leq 0,05$.

Після проведення терапії в обстежених ОГ спостерігалися статистично достовірні позитивні зміни у психоемоційних, особистісних характеристиках та особливостях соціального функціонування. На психоемоційному рівні достовірно зменшився показник невротичності (на 6,1 бала), знизилась індекс ворожості (на 39,9 бала) та агресивності (на 23,5 бала), значно зменшилась інтенсивність проявів депресивності (на 4,3 бала) та тривожності (на 3,8 бала).

На особистісному рівні у пацієнток ОГ достовірно зменшилися прояви роздратованості (на 5,7 бала) та емоційної лабільності (на 4,1 бала), збільшилися значення за показниками «Комунікабельність» (на 1,5 бала) та «Урівноваженість» (на 2,0 бала). До проведення терапії 100,00% осіб з алопепцією мали ірраціональні настанови різного характеру, які вдалось подолати та замінити

раціональними когніціями завдяки використанню раціонально-емотивної терапії. Позитивні зміни, які мали статистичну достовірність, відбулися у хворих ОГ також на рівні соціального функціонування. Так, у них підвищився загальний показник якості життя та його значення за окремими складовими (фізичне функціонування — на 8,8 бала, загальне здоров'я — на 17,8 бала, життєздатність — на 17,4 бала, соціальне функціонування — на 24,3 бала, психічне здоров'я — на 15,3 бала).

До початку дослідження в усіх осіб ОГ виявлялися ознаки дезадаптації, середній показник за шкалою адаптації становив 21,5 бала. У результаті проведення заходів психосоціального супроводу цей показник підвищився на 4,0 бала, так само, як і значення за шкалами «Самоприйняття» — на 13,5 бала, «Прийняття інших» — на 9,3 бала та «Емоційний комфорт» — на 12,8 бала. Зменши-

лися показники соціальної фрустрованості щодо рівнів задоволення стосунками з колегами — на 0,8 бала, відносинами з чоловіком — на 1,0 бала, відносинами з дитиною — на 0,8 бала, відносинами з друзями/знайомими — на 0,7 бала та своїм способом життя у цілому — на 1,1 бала.

Деякі зміни відбулися в обстежених КГ після терапії порівняно з етапом до її початку, проте вони були незначними та не мали статистичної достовірності ($p > 0,05$). Ефективність проведених заходів психосоціального супроводу доводить також порівняння груп дослідження на післятерапевтичному етапі, яке свідчить про виявлену в ОГ статистично достовірну вагомішу позитивну динаміку змін дезадаптивних характеристик на психоемоційному, особистісному рівнях та рівні соціального функціонування порівняно з КГ.

Таким чином, слід зазначити, що розроблена та впроваджена програма психосоціального супроводу жінок з алопецією є ефективною та дає змогу досягти покращання психоемоційного стану пацієнток, сформувати адаптивні патерни поведінки, підвищити рівень загальної адаптації та якості життя.

За результатами дослідження можна зробити такі висновки.

1. Оцінка психоемоційного стану жінок з алопецією, а також виділення основних показників, що впливають на формування їх психосоціальної дезадаптації на особистісному рівні та рівні соціального функціонування, свідчить про її наявність у всіх осіб на момент первинного обстеження.

2. Із урахуванням дезадаптивних характеристик у жінок з алопецією було визначено мішені психокорекційного впливу та побудовано програми психосоціального супроводу з використанням елементів тілесно-орієнтованої, раціонально-емотивної, когнітивно-поведінкової терапії, арт-терапії та соціально-психологічного тренінгу.

3. Після проведення програми психосоціального супроводу у більшості (90,79%) пацієнток з алопецією було покращено результати за всіма показниками на психоемоційному, особистісному рівнях та у сфері соціального функціонування.

Список літератури

1. Психодіагностичні особливості когнітивних розладів серед хворих працездатного віку із соматичними захворюваннями / Г. М. Кожина, В. І. Коростій, В. Б. Михайлов [та ін.] // Мед. психологія.— 2012.— № 4.— С. 68–74.
2. Sinclair R. Hair loss in women: medical and cosmetic approaches to increase scalp hair fullness / R. Sinclair, M. Patel, T. L. Dawson // Brit. J. Dermatol.— 2011.— № 3.— P. 8–12.
3. Kantor J. Decreased serum ferritin is associated with alopecia in women / J. Kantor, L. J. Kessler, D. G. Brooks // J. Invest. Dermatol.— 2003.— № 5.— P. 985–988.
4. Khadavi A. Clinical evaluation of drug Revivogen topical to treat men and women with androgenic alopecia / A. Khadavi // Exploratory research.— 2004.— № 2.— P. 17–23.
5. Калюжна Л. Д. Інформаційний лист МОЗ України № 175-2008: Щоденний догляд за сухою шкірою у хворих на хронічні дерматози / Л. Д. Калюжна, Е. О. Мурзіна.— К.: Укрмедпатентінформ, 2008.
6. Itami S. The role of androgen in mesenchymal epithelial interactions in human hair follicle / S. Itami, S. Inui // J. Invest. Dermatol. Symp. Proc.— 2005.— № 3.— P. 209–211.
7. Волкославська В. М. Інформаційний лист МОЗ України № 260-2010: Терапія atopічного дерматиту та псоріазу в інтермітуючому режимі / В. М. Волкославська, О. В. Горбенко, О. Л. Гутнев.— К.: Укрмедпатентінформ, 2010.
8. Медична психологія: навч. посіб. / Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, А. І. Кондратюк, Л. В. Стукан.— Вінниця: Нова книга, 2010.— 135 с.
9. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями); под ред. Дж. Э. Купера; пер. с англ. Д. Полтавца.— К.: Сфера, 2000.— 464 с.
10. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский.— Самара: Бахрах-М, 2002.— 672 с.
11. Марута Н. А. Личность больного в формировании резистентности невротических расстройств // Н. А. Марута, И. А. Явдак, Е. С. Чередыкова / Укр. вісн. психоневрології.— 2015.— С. 115–121.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ КОМПЛЕКСА ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЖЕНЩИН С АЛОПЕЦИЕЙ

В. В. ЖИВИЛКО

Рассмотрен вопрос поиска действенных методов терапии для пациенток с алопецией. Отмечается, что понимание механизмов реагирования на терапию и болезнь может повысить эффективность лечения, способствовать выбору адекватной системы медико-психологической помощи таким больным. Представлен анализ внедрения авторского комплексного метода психосоциального сопровождения женщин с алопецией, оценены его эффективность и целесообразность использования.

Ключевые слова: алопеция, психосоциальное сопровождение, дезадаптивные характеристики, психокоррекционное влияние.

**EVALUATION OF IMPLEMENTATION OF PSYCHOSOCIAL SUPPORT COMPLEX
FOR WOMEN WITH ALOPECIA**

V. V. ZHYVYLKO

The questions of finding effective therapies for patients with alopecia are featured. It is indicated that understanding the mechanisms of response to therapy and disease can increase the treatment effectiveness, facilitate selection of adequate medical and psychological assistance to such patients. The analysis of the implementation of the original complex method of psychosocial support of women with alopecia is presented; its effectiveness and appropriateness of use are assessed.

Key words: alopecia, psychosocial support, maladaptive characteristics, psychocorrection influence.

Надійшла 28.04.2016